

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE –
UFCSPA DEPARTAMENTO CURSO ou PPG**

Cantidio João Silva da Trindade Junior

**USO RACIONAL DA ANTIBIÓTICOTERAPIA NA FARINGOAMIGDALITE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**BELÉM
2017**

Cantidio João Silva da Trindade

**USO RACIONAL DA ANTIBIÓTICOTERAPIA NA FARINGOAMIGDALITE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Entrega do trabalho de conclusão apresentado à
Universidade Federal de Ciências da Saúde/ Porto
Alegre-RS, como parte das exigências para a
conclusão do curso de especialização em
medicina de família e comunidade.

Orientador: André Luiz da Silva

Belém

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	08
4	VISITA DOMICILIAR	12
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	14
	REFERÊNCIAS	15
6	ANEXO/ PROJETO DE INTERVENÇÃO	17

1 INTRODUÇÃO

Sou médico, graduado pela Universidade Federal do Pará (UFPA), com conclusão do curso de medicina no ano de 2014, atualmente trabalho na atenção básica no Provab na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cotijuba-Belém-Pará. Anteriormente, trabalhei no hospital geral de mosqueiro- Belém-Pará, assim como, na upa do Daniel Berg no bairro Icuí, e no hospital Camilo salgado, ambos no município de Ananindeua- Pará.

Atuando na rede de atenção primária efetuo atendimentos na zona urbana com demanda prioritária para adultos com doenças crônicas não transmissíveis, gestantes e pediatria, além da demanda espontânea na UBS. Nossa equipe cobre 2315 famílias cadastradas. Quanto à equipe multiprofissional contamos com 01(um) médico, 02(duas) enfermeiras, 01(um) odontólogo, 10(dez) agentes comunitários de saúde e 01(um) técnico administrativo, 02(dois) técnicos em enfermagem.

Na UBS contamos com um espaço bem estruturado, com dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma recepção, um consultório odontológico, uma sala de reunião, uma copa uma sala de observação, uma farmácia, uma sala de esterilização e um salão de eventos. A UBS é situada em um bairro periférico com baixa infraestrutura e problemas no saneamento básico, o que justifica o foco na atenção primária, na prevenção e promoção de saúde.

Em minha mircoárea de atuação, há grandes déficits por parte do poder publico quanto à condições básicas de moradia e higiene. Muitas doenças infectoparasitárias são endêmicas na região aliada à falta de educação em saúde da população em que a equipe da Estratégia saúde da família luta a cada dia para promover e tratar tais percalços. A equipe multidisciplinar deveria ser mais completa possível em que pudéssemos fazer uma abordagem ao paciente com HIV, por exemplo, mas eficiente com a ajuda de psicólogos e outros profissionais essências para melhora a qualidade de saúde da área assistida.

Dessa forma, faz-se necessário a criação de projetos de intervenção em

prol da resolução e amenização dos problemas mais frequentes na atenção básica. Assim, pelo grande e crescente número de pacientes hipertensos, e pela natureza silenciosa dessa doença, notamos a necessidade de um tema que esteja de acordo com essa realidade, justificando a temática: Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em pacientes atendidos na estratégia saúde da família de Cotijuba no município de Belém-Pará, como tema para o projeto de intervenção realizado no decorrer do curso de graduação.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O caso que será usado como base é o de Priscila, que faz acompanhamento médico na ESF Figueira nova I, em Santa Fé para planejamento familiar, a qual necessitou de um atendimento clínico no dia, mesmo sem ter consulta agendada para a data, pois teve um quadro de início súbito de diarreia e dor mandibular.

Na UBS de Cotijuba-Belém-Pará, as quintas-feiras são destinadas para atendimento de grávidas e planejamento familiar e 4 vagas reservadas para a livre demanda. Porém em um dia atípico em que se foi diagnosticado uma grávida com teste para sífilis positivo que ao exame físico obstétrico não foi possível ouvir os batimentos cardíofetais, foi atendida ainda uma outra gestante com diagnóstico de gravidez gemelar e outras três grávidas primigestas em sua primeira consulta médica de pré-natal. Ao final dos atendimentos, em um dia exaustivo de trabalho, com muitos pacientes poliqueixosos e grávidas que precisavam de muita atenção e orientação por se tratar de situações novas na sua vida, um último prontuário é colocado na mesa do médico, era o de Rosana funcionária da UBS Cotijuba.

Rosana, 38 anos, casada com Aldenor de 40 anos de idade, técnica de enfermagem, trabalha durante o dia e faz faculdade de enfermagem a noite, tem uma filha de 10 anos de idade, mora próximo a UBS, está há um ano sem ir nas consultas de planejamento familiar, onde fazia acompanhamento com a equipe de saúde da família e comunidade.

Ao entrar no consultório médico Rosana já pede desculpas ao médico pois sabe que ele já atendeu toda a sua demanda do dia e que o mesmo já estava de saída, e explica que ela implorou para que a técnica administrativa responsável pela agenda médica “encaixasse” o prontuário dela também, pois ela está se sentindo muito mal. O médico disse que não precisava se desculpar que estava tudo bem, que ele só não poderia se estender muito na consulta pois ele já estava no seu horário de sair e tinha compromisso marcado.

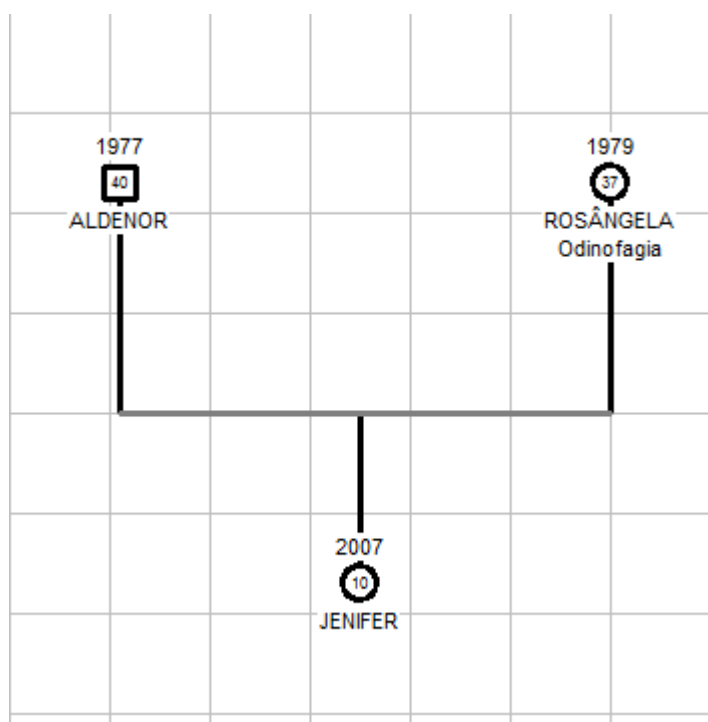
Rosana relata que está há dois dias sem conseguir ingerir comidas sólidas, está tomando apenas líquidos e em pequena quantidade pois sente odinofagia intensa, e gosto de sangue e pus ao deglutir a própria saliva. Refere

ainda três episódios de febre de até 40°C, está fazendo uso de dipirona com melhora apenas do quadro de febre, porém sente piora dos outros sintomas.

Ao exame físico Rosana encontrava-se em regular estado geral, febril ao toque, semblante abatido, fácies dolorosa, acianótica, anictérica, eupneica, hidratada, normocorada, ausculta cardíaca com bulhas cardíacas normofonéticas em 2 tempos, sem sopros, rítmicas, na ausculta pulmonar apresenta murmúrio vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios, ao exame físico da orofaringe observa-se abscesso periamigdaliano a direita.

O médico explica que vai prescrever antibioticoterapia com amoxicilina de 500mg a cada 8 horas, durante 7 dias e ibuprofeno de 600mg a cada 12 horas pelo mesmo período de tempo. Porém Rosana foi orientada a ir ao serviço de urgência onde seria encaminhada ao otorrinolaringologista devido a necessidade de drenagem do abscesso. Rosana disse que estava sentindo tanta dor que faria qualquer coisa para remissão da doença. Porém antes do médico terminar ela disse que precisava de mais uma ajuda, pois seu marido estava pressionando muito ela pois o mesmo desejava ter mais um filho, porém ela não se agradava da ideia pois hoje sua prioridade é terminar o curso de enfermagem e depois fazer uma especialização para trabalhar com idosos, mesmo contrário a seus planos, Rosana já estava há um ano sem fazer uso de métodos contraceptivos, tendo uma vida sexualmente ativa e seu fluxo menstrual é regular, mas ainda assim ela não engravidava, assustada pergunta ao médico se ela ainda tem chances de engravidar novamente devido sua idade, ele tenta tranquilizá-la e orienta que a mesma volte a fazer as consultas do planejamento familiar e que na próxima vez traga o seu esposo para acompanhá-la.

Genograma



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Dor de garganta é uma causa extremamente comum de atendimento médico. Na grande maioria dos casos, os vírus são os agentes etiológicos, sendo o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (GABHS) o agente causal em 15% dos casos. Os exames para diagnosticar a faringite estreptocócica são o teste rápido e a cultura de orofaringe, sendo este último o padrão-ouro. A antibioticoterapia tem como objetivos a erradicação do GABHS da orofaringe e a prevenção de complicações, sendo a penicilina V e a penicilina benzatina as drogas de escolha. Um aceitável substituto é a amoxicilina. (MAGALHÃES et al., 2008).

Faringoamigdalite aguda é uma síndrome inflamatória causada por diferentes tipos de microorganismos, cuja ocorrência é comum na infância. Embora a maioria das infecções seja de etiologia viral (Influenza A e B, Parainfluenza, Adenovírus, EpsteinBarr Vírus, Citomegalovírus, Rinovírus, Coronavírus, Enterovírus, Herpes Simples 1 e 2, HIV) e de curso bastante benigno, em cerca de 15% dos casos o estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (GABHS), também denominado *Streptococcus pyogenes*, é o agente causal (MATOS; et al., 2007)

Vários estudos têm comprovado que penicilina e amoxacilina são igualmente efetivas contra GABHS. Ambas são drogas acessíveis financeiramente. As vantagens da penicilina são seu espectro estreito e poucos efeitos adversos. Por outro lado, a amoxacilina é melhor absorvida, resultando em um nível plasmático mais elevado. A amoxacilina tem algumas outras (MATOS; et al., 2007)

A preocupação com a precisão diagnóstica é antiga. Em 1961, Stillerman & Bernstein alertaram: “Se você se sente à vontade para selecionar quais pacientes com faringite devem receber 10 dias de tratamento com penicilina, talvez não entenda a situação.” Este desconforto persiste até os dias atuais, pois não existem evidências clínicas de que faringites bacterianas sejam mais graves do que virais ou que existam diferenças quanto à duração em ambos os casos. Diante dessas inúmeras possibilidades etiológicas, o diagnóstico clínico acurado se torna um desafio, enfrentado de forma eficiente pelos autores deste estudo. Alguns

aspectos devem ser salientados. Diferente de outros estudos, o critério de exclusão de pacientes pelo uso prévio de antibiótico foi ampliado para até 30 dias no caso dos que usaram Penicilina Benzatina para os pacientes atendidos nas unidades de emergência e ambulatorios(MESQUITA, 2014)

Um estudo mostrou que as complicações supurativas da faringite aguda — abscessos, otite média, sinusite e infecções de pele — ocorrem em apenas cerca de 1% dos adolescentes e adultos. No entanto, não há bons preditores clínicos de quais pacientes desenvolverão essas complicações. Ferramentas de decisão clínica que tentam prever a resposta aos antibióticos (como, por exemplo, os critérios de Centor 2) não identificam os pacientes sob risco de complicações (BLASCOI; LEVITESII, 2014).

O uso de antibióticos tanto em meio hospitalar deve ser algo baseado em critérios para a aplicação, pois a resistência microbiana, devido a má terapêutica medicamentosa e a aplicação deste para infecções não bacterianas pelo diagnóstico não correto, têm aumentado no país. O combate à resistência bacteriana pode se fundamentar em dois processos: as medidas de controle para limitar a disseminação dos micro-organismos resistentes e o desenvolvimento de uma política para o uso racional de antimicrobianos. No Brasil, conforme prevê a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da saúde, foi criada a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a qual compete a tarefa de elaborar, implementar, manter e avaliar o uso de antimicrobianos, além de definir em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica a política de antimicrobianos no Hospital (DIAS,2013).

O uso de antibióticos em cirurgias otorrinolaringológicas é uma prática rotineira para a maioria dos procedimentos cirúrgicos¹¹. Apesar desta existência em protocolos clínicos, encontram-se poucos estudos na literatura que determinem este perfil de uso, em especial na região Norte do Brasil (PEREIRA,2014).

O estudo de Oliveira (2004), apresenta a Amoxicilina como o antibiótico mais requisitado, provavelmente pelo seu largo espectro de ação bactericida, evidenciando ser frequentemente utilizado em infecções de âmbito respiratório.

A amoxicilina é uma penicilina semi-sintética, possuindo amplo espectro de ação e característica ácido-resistente, mas que sofre inativação das betalactamases produzidas por várias bactérias (AZEVEDO, 2014). Esse medicamento, pertencente ao grupo dos Betalactâmicos, interfere na síntese da

peptidoglicano da parede celular bacteriana, após se ligar as proteínas ligadoras da penicilina, ele inibe a enzima de transpeptidação, favorecendo a inativação de um inibidor das enzimas autolíticas na parede celular, ocorrendo o rompimento e causando a morte da bactéria. Em casos de resistência recomenda a utilização de um inibidor de betalactamases. Em decorrência da possível resistência a Amoxicilina, aumentou o consumo de Amoxicilina+Clavulanato de Potássio, essa associação foi desenvolvida devido ao Clavulanato de Potássio atuar irreversivelmente inibindo as enzimas betalactamases diminuindo a resistência de algumas bactérias (BRITO; et al., 2016)

Portanto, uma pesquisa realizada na rede básica de saúde no município de Santa Maria- Rio Grande do Sul, revelou que o antimicrobiano mais empregado, na maioria das Unidades Básicas de Saúde, foi a amoxicilina; exceto em uma dessas Unidades predomina a azitromicina. Já a principal patologia que exige a utilização de antimicrobianos em todas as Unidades Básicas de Saúde foi a amigdalite. Sendo assim, é importante informar a equipe de saúde sobre o uso racional dos antimicrobianos, pois a resistência bacteriana é uma das consequências do uso incorreto desses medicamentos, e o farmacêutico seria indispensável para promover o seu uso racional (DA SILVEIRA, 2016).

No que tange a prevenção das faringoamigdalites, um projeto de extensão, de alunos de medicina, promoveu uma palestra com pessoas de uma comunidade ressaltando os cuidados quanto a prevenção das infecções em orofaringe e de doenças parasitárias, usando como agentes promotores da educação em saúde a equipe da ESF. O projeto tinha como objetivo prevenir as inflamações de orofaringe e explicar quanto a necessidade de antibioticoterapia para a população. (MAIA et al., 2015).

Em minha área de atuação já tive a oportunidade de organizar reuniões educacionais no que diz respeito ao uso de antibióticos por conta própria e sem orientação profissional para a população, pois há muitos casos em que os pacientes já iniciam a consulta médica sem uma queixa principal e já pedindo ao médico uma receita de antibióticos, principalmente para faringoamigdalite.

Existe evidência de que quando as intervenções de educação envolvem simultaneamente os doentes e os profissionais são melhor sucedidas do que quando se dirigem separadamente a cada um desses grupos (GONZALES et al., 1999). As campanhas educacionais dirigidas à comunidade, concebidas de acordo com o contexto cultural e as demais características da comunidade a que se

destinam, podem permitir, que a seu tempo, comportamentos se alterem e que a utilização racional de antibióticos passe a ser a norma (GOOSENS et al., 2006).

.

4 VISITA DOMICILIAR

A equipe de saúde que usa a visita domiciliar como um pilar nas ações que complementam a promoção e prevenção em saúde da população consegue colocar em prática cada vez mais os princípios da Atenção Primária à saúde (APS) principalmente a **longitudinalidade** e a **integralidade**.

A realização da visita domiciliar é um processo dinâmico, pois é nela que se identifica novas situações que alteram e complementam outras existentes que possibilitam outras intervenções ou mudanças de estratégia na abordagem.

A visita domiciliar tem por objetivo acompanhar doenças crônicas e evitar seus agravos, ajuda na vigilância epidemiológica e também pacientes incapacitados de se locomover até a UBS. Isso, entretanto, necessita de um planejamento contínuo feito pela equipe da ESF, traçando metas e ocorrendo diálogo multiprofissional.

Em minha prática vivenciei muitos casos em que durante a visita em uma residência percebi a dinâmica familiar e outros fatores que colaboravam para o processo de saúde-doença.

Um exemplo disso, foi o caso de um garoto em na visita domiciliar, identificada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) que estava tomando remédio para tosse (expectorante), adquirido por conta própria e a mãe relatava que não estava melhorando e já tinha febre há mais de uma semana. O ACS juntamente com a enfermagem agendaram a visita, na qual compareceu médico, enfermeiro, e um ACS. Antes da visita traçamos o plano semanal de visitas, em que todos os profissionais se tornam cientes de cada caso.

O garoto era uma criança de 4 anos de idade, Rubens, em uma situação semelhante ao do caso Jonathan dos casos complexos. A mãe relatava que ele sempre apresentava tosse seca, mas que várias vezes piorava com aparecimento de secreção purulenta. Ela relatou ter levado muitas vezes a Unidade de Pronto Atendimento de seu Bairro, mas geralmente era receitado apenas expectorante. Contudo, das últimas vezes, foi necessário uso de antibióticos, pois teve pneumonia e esta tem se repetido. A medida que fiz uma anamnese e um exame físico na criança tive a suspeita que seu caso poderia ser uma asma não tratada que poderia ter ocasionado infecção secundária, ocorrendo, assim, pneumonias de

repetição. Solicitei espirometria, e receitei B-agonista de curta ação por demanda, como preconiza o primeiro passo para o tratamento de asma segundo GINA, 2016, pois além dos estertores creptantes decorrentes da pneumonia instalada, haviam sibilos, também. Dei orientações sobre possíveis desencadeadores de asma, como alguns agentes alérgenos como ventiladores sujos, redes expostas (ácaro)

Em uma segunda consulta, já na unidade de saúde, o paciente apresentou melhoras da pneumonia e também da tosse (ASMA) e a espirometria confirmou o diagnóstico. A mãe agradeceu e posteriormente nas consultas desta no **HiperDia** ela relatou que o filho não apresentou mais pioras.

Isso é apenas um exemplo mínimo de que a visita domiciliar faz a diferença e quando a consulta vai além do consultório da unidade de saúde. Promover saúde, não é apenas atendimento, mas estabelecimento de vínculo com a família fazendo com que a relação médico-paciente não se limite à UBS. Infelizmente esta é uma prática subpraticada por muitos profissionais da saúde.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Hoje, me sinto mais preparado para promover saúde na comunidade. Isso foi o que me proporcionou o curso de especialização em saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA). Sinto-me hoje, capaz de lidar em situações que antes certamente me sentiria inseguro.

Creio que durante a especialização, aprimorei a relação com colegas da equipe de saúde da ESF, levando para minha prática clínica conhecimentos teóricos adquiridos na plataforma. Assim, nesse aspecto, os casos complexos, foram cruciais, pois retratam casos que são frequentes na UBS e que a abordagem correta não foi aprendida durante a graduação.

Sem dúvida a troca de informações com os tutores, forneceu aprimoramento deste conhecimento e uma ajuda formidável em se tratando de auxílio durante as atividades no decorrer do curso.

O caso de Vera, por exemplo, em minha concepção, apesar de ser algo comum no cotidiano do médico de família, foi um aprendizado detalhado, pois muito pode ser esquecido ou negligenciado pelo profissional de saúde. Dentre várias reflexões que seriam importantes neste momento, destaca-se uma melhor forma de se traçar o raciocínio clínico frente as patologias mais comuns em atenção básica, ou seja, através do curso pude avaliar de forma mais criteriosa os pacientes, pude colocar em prática o método clínico centrado no paciente, não apenas impondo uma série de condições que poderiam ou não serem realizadas, e sim discutindo com ele sobre a possibilidade de uma certa concordância por sua parte.

Portanto, o principal aprendizado deixado pelo curso de especialização em saúde da família foi enxergar além da anamnese e exame físico clássico e ver o paciente como um ser que sofre influências de seu ambiente e de seus costumes e isso é, sem dúvida, importante para o profissional médico entender o processo de saúde-doença do indivíduo.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, S.M.M. **Farmacologia dos Antibióticos Betalactâmicos**. Mestrado BLASCOI, Pablo Gonzáles; LEVITESII, Marcelo Rozenfeld; MONACOIII, Cauê. Complicações supurativas da faringite são incomuns e pouco previsíveis., p. 83, 2014.

BRITO, Adriane Ferreira, Marcela Xavier da Silva Cruz, and Nayara Gontijo dos Santos. **"PERFIL DA DISPENSAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS EM DROGARIAS NA CIDADE DE URUANA-GO."** *REFACER-Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres* 5.2 (2016).

DA SILVEIRA, Tayara Soares et al. **Uso racional de antimicrobianos em pediatria na rede básica de saúde no município de Santa Maria, RS.** *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 13, n. 2, p. 173-180, 2016.

DIAS, MBGS. **Protocolo Institucional: Antibioticoprofilaxia no Paciente Cirúrgico**. Hospital Sírio-Libanês, Prot-Inst-010. 17p. fev 2013. Disponível em: << <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo-antibioticoprofilaxia.pdf> >> acessado em: 03 MARCH, 2016.
Fernando Pessoa, Porto, 2014.
Integrado em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade

GONZALES R, STEINER J, LUM A, BARRETT P. **Decreasing Antibiotic Use in Ambulatory Practice. Impact of a Multidimensional Intervention on the Treatment of Uncomplicated Acute Bronchitis in Adults.** *JAMA*. 1999;281:1512-1519.

GOOSENS H et al. **National campaigns to improve antibiotic use.** *European Journal of Clinical Pharmacology* 2006;

MAIA, Ana Karina Holanda Leite et al. **EDUCAÇÃO E SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DO PROJETO "PREVENÇÃO DAS DOENÇAS INFECCIOSAS BACTERIANAS E PARASITÓSES"**. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança* – Dez. 2015;13(2):83-7

MARQUES, Filipa et al . **Mastoidite aguda em idade pediátrica: Fatores de risco para complicações**. *Nascer e Crescer*, Porto , v. 22, n. 1, p. 12-18, mar. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 mar. 2017.

MATOS, Fábio S. et al. **Uso de Antibióticos na F** **Uso de Antibióticos na Faringoamigdalite Estreptocócica** **aringoamigdalite Estreptocócica** Antibiotics Use in Streptococcal Tonsillitis. GAZETA MÉDICA DA BAHIA A MÉDICA DA BAHIA, p. 23, 2007.

MESQUITA, David Karlos Miranda et al. **Faringoamigdalite aguda**. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1269>, 2014.

PEREIRA, Gabrielle Cadete Brito et al. **Perfil de uso de antimicrobianos em procedimentos de otorrinolaringologia**. Rev Para Med, v. 28, n. 1, p. 31-9, 2014.

PRESTES, Luciano Campelo. **Perfil epidemiológico em otorrinolaringologia de Curitiba e Região Metropolitana**. 2014.

SANTOS, Fábio S. et al. **Uso de antibióticos na faringoamigdalite estreptocócica**. Gazeta Médica da Bahia, v. 78, n. 2, 2008.



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Cantidio João Silva da Trindade Junior

**ESTÍMULO À ADESÃO TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA EM PACIENTES
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE COTIJUBA, MUNICÍPIO
DE BELÉM-PA**

BELÉM

2017

Resumo

Doenças Crônicas não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas a fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam. Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos. A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas, como a HAS, tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. A assistência à HAS não é de exclusividade da atenção primária à saúde (APS), mas as melhores oportunidades de atuação acontecem no nível primário da atenção. A doença hipertensiva pode ser considerada um "traçador" da Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser um agravo priorizado na atenção à saúde do adulto, e, apesar de ser uma doença específica, é também um agravo caracterizado pela necessidade do cuidado longitudinal. Assim contando com uma abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica este trabalho tem como objetivo promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família de Cotijuba, município de Belém – PA. Trata-se de um estudo de caso intervencional, de abordagem qualitativa, realizado na ilha de Cotijuba, município de Belém - PA, no período de junho a dezembro 2016. A intervenção será realizada por meio de estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial, através de três ferramentas: oficinas temáticas, grupos de interação e visitas domiciliares. Ao fim das ações deste projeto de intervenção, esperamos o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e como consequência uma melhoria na qualidade de vida de pacientes hipertensos cadastrados na ESF de Cotijuba.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	03
2.PROBLEMA	05
3.JUSTIFICATIVA	05
4.OBJETIVOS	07
4.1Objetivo geral	07
4.2Objetivos específicos	07
5.REVISÃO DE LITERATURA	08
6.METODOLOGIA	14
7.CRONOGRAMA	17
8.RECURSOS NECESSARIOS	18
9.RESULTADOS ESPERADOS	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

Doenças Crônicas não Transmissíveis afetam cada vez mais um maior número de pessoas em vários países, sendo associadas a fatores de riscos bem conhecidos e determinados, pelo modo e estilo de vida onde se apresentam. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 30% dos óbitos em todas as regiões do país. (BRASIL, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo responsável por 40% das mortes por doença arterial coronariana. Vinte e nove por cento (29%) da população mundial tem hipertensão arterial. É estimado 16 a 18 milhões de portadores de hipertensão arterial no Brasil, e que 50% está na população idosa, e atingindo mais pessoas do sexo feminino após os 50 anos de idade. Tende a ser mais prevalente entre negros, e também naqueles com história familiar de hipertensão (VI DBH, 2010).

Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, na mensuração de até que ponto o paciente segue as recomendações do profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde (MACHADO, 2014).

A adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas, como a HAS, tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis (RIBEIRO, 2012).

A assistência à HAS não é de exclusividade da atenção primária a saúde (APS), mas as melhores oportunidades de atuação acontecem no nível primário da atenção. A doença hipertensiva pode ser considerada um "traçador" da Estratégia

Saúde da Família (ESF), por ser um agravo priorizado na atenção à saúde do adulto, e, apesar de ser uma doença específica, é também um agravo caracterizado pela necessidade do cuidado longitudinal, característico da APS. Nesse contexto as práticas pontuais individualizadas de adesão ao tratamento compõe ferramenta fundamental. Percebe-se ainda que os profissionais da ESF, podem ser de grande importância para a minimização dos problemas relacionados à não adesão dos pacientes idosos ao tratamento da hipertensão arterial, melhorando assim a qualidade de vida desta população (RAMOS, et al. 2014).

2 PROBLEMA

É possível melhorar a adesão terapêutica a HAS através de estratégias de educação em saúde na ESF Cotijuba, município de Belém- Pa?

3 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (PA) (NOBRE et al, 2010).

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DBH, 2010).

Na realidade da ESF de Cotijuba são frequentes os casos de pacientes com descompensação agudas dos níveis de PA, que sobrecarregam a demanda espontânea. A população é composta basicamente por ribeirinhos, com baixo índice de escolaridade, sendo possível notar durante as consultas médicas e de enfermagem a falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida pela falta de conhecimento em relação à patologia e seus riscos a saúde. Dessa forma tendo em vista a alta prevalência de HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole, são de fundamental importância que se esclareçam, continuamente e em linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, é importante que haja vínculo suficiente entre profissional de saúde e paciente, para que este se sinta engajado no seu tratamento.

Assim, acreditamos que a partir deste projeto de intervenção, contando com uma abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, ao uso correto da medicação, a preocupação com o bom controle, a longo prazo da HAS e a uma maior autonomia em relação ao acompanhamento da própria saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente em acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família de Cotijuba, município de Belém – PA.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF de Cotijuba, município de Belém.
- Desenvolver ações educativas multidisciplinares junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VI DBH, 2010).

Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (VI DBH, 2010).

Estudo brasileiro revelou que, em indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle (IV GUIDELINES, 2004).

Nobre et al. (2010) apontam que os fatores de risco para HAS são: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética. Muraro et al. (2013) afirmam que existe relação de causa e efeito entre aumento de massa corporal e de PA que já foi demonstrada em diversos estudos.

Sabe-se que, em nível individual, dieta rica em sódio e álcool e pobre em potássio e fibras está relacionada com o aumento dos níveis de PA. Segundo Moreira et al. (2013), a HAS em adolescentes associou-se à obesidade e linearmente à circunferência abdominal, o que evidencia a relevância do excesso de peso como fator de risco associado à HAS nessa faixa etária. De acordo com os resultados encontrados por Ferreira et al. (2009), associações de HAS com cor de pele poderiam representar predisposição genética, enquanto que o consumo exagerado de certos alimentos ou sedentarismo poderiam refletir hábitos de vida pregressos favoráveis à

elevação da pressão arterial; enquanto que, o encontro de maiores chances de eventos cardiovasculares entre os hipertensos sinalizaria a ocorrência da principal complicação da HAS, os fenômenos trombo-embólicos na doença aterosclerótica (MACHADO, 2014).

A maioria das Diretrizes recomendam que o diagnóstico deve ser definido com PAS >140 e PAD >90mmHg, ou ambas, em medidas repetidas, para adultos >18 anos, embora para pacientes com 80 anos ou mais, é aceitável PAS de 150mmHg. O objetivo terapêutico é reduzir a valores inferiores aos usados para o diagnóstico. Essas definições são baseadas nos resultados dos maiores estudos clínicos, que mostraram benefícios com o tratamento de pacientes com aqueles níveis pressóricos. Embora o nível pressórico de 115/75mmHg seja o ideal, não há evidências que justifiquem reduzir a PA para níveis tão reduzidos. Algumas Diretrizes recomendam valores inferiores (130/80mmHg) para pacientes diabéticos ou com doença renal, porém não há evidência demonstrada de benefícios reduzir a PA para esses níveis, e, mesmo para esse grupo de pacientes, a PA deve ser reduzida para valores <140/90mmHg (BODANESE, 2015).

Novos algoritmos consideram a utilização da MAPA e da MRPA como ferramentas importantes na investigação de pacientes com suspeita de hipertensão. Recomenda-se, sempre que possível, a medida da pressão arterial fora do consultório para esclarecimento diagnóstico, identificação da hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada. A hipertensão do avental branco determina risco cardiovascular intermediário entre normotensão e hipertensão, porém mais próximo ao risco dos normotensos. No entanto, apesar de não existirem evidências de benefícios de intervenções nesse grupo de pacientes, eles devem ser considerados no contexto do risco cardiovascular global, devendo permanecer em seguimento clínico. Alguns estudos mostram que a hipertensão mascarada determina maior prevalência de lesões de órgãos-alvo do que indivíduos normotensos (IV GUIDELINES, 2004). Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários, estes valores segundo a sociedade brasileira de hipertensão estão expostos na tabela abaixo:

– Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão -alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA (VI DBH, 2010). O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não –fatais (ROCHA, 2009).

As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em maior número de estudos com diuréticos, mas também com betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor AT1 e com bloqueadores dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (LYRA JUNIOR Et al., 2006).

As medidas não medicamentosas, como mudança no estilo de vida e prática de hábitos de vida saudáveis são certamente recomendadas pois, além de reduzir a PA e, conseqüentemente, a mortalidade cardiovascular, possibilitam a prevenção primária e a detecção precoce, que devem ser as metas primárias dos profissionais de saúde, já que são as formas mais efetivas de evitar doenças (NOBRE et al. 2010). As ações de prevenção devem visar estimular mudanças no comportamento e no estilo de vida, reduzindo a exposição tanto individual quanto coletiva aos fatores de risco (MACHADO, 2014).

A adesão ao tratamento

A HAS, inserida no âmbito das doenças crônicas cardiovasculares, tem seu tratamento dificultado, com prejuízo nas taxas de adesão, em decorrência das implicações que a terapêutica gera na vida do paciente. A necessidade da modificação de hábitos segrega o paciente em seu ambiente familiar, restringindo-o de compartilhar da cultura populacional estabelecida. A ESF deve sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-o quanto aos riscos a que está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para prevenção de complicações (ROCHA, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (BRASIL, 2002), determinou que o controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações (BRASIL, 2012).

O fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resultou da necessidade de acompanhar o paciente crônico com visão integral de sua realidade de vida. Com esse intuito, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994 (FALK, 2004), teoricamente deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica desses pacientes e para a redução das complicações inerentes (ROCHA, 2009).

Assim, percebe-se que a atualização, o treinamento e o estímulo continuam dos profissionais de saúde da ESF são essenciais para o sucesso de proposta de intervenção como essa de melhoria no controle de hipertensos (MACHADO et al. 2014).

Estratégias para adesão do tratamento da HAS

Estudo realizado por Machado et al, 2014, sobre análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial mostra que as intervenções educativas no Grupo 1 e 2 propiciaram melhores resultados sobre a adesão ao tratamento não farmacológico da HAS, considerando os parâmetros

analisados. O método educativo utilizado, a maior frequência mensal às oficinas educativas e as Visitas Domiciliares podem ter contribuído para esses achados. O acompanhamento dos participantes durante 1 ano foi outro aspecto positivo, pois permitiu direcionar o processo de ensino-aprendizagem de acordo com as dificuldades específicas do grupo.

Ribeiro et al. (2011) afirmam que as práticas educativas na ESF devem, além de fornecer informações sobre a terapia anti-hipertensiva, estimular a autopercepção da doença e a co-responsabilização do indivíduo com seu próprio cuidado, por meio de, por exemplo, oficinas educativas em grupo e orientações domiciliares. Além disso conclui também que agregar os familiares as atividades de educação em saúde mostrou-se importante por facilitar as mudanças de estilo de vida no núcleo familiar e aumentar adesão ao hipertenso ao tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para lidar com a complexa demanda que envolve o portador de HAS.

Também de acordo com Pierin et al. (2011) o descontrole e a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos são problemas que devem ser conjuntamente enfrentados pelo paciente, pela família, pela comunidade pelas instituições e pelas equipes de saúde. Longo et al. 2009 complementam que medidas como o estudo dos fatores de risco associados à HAS estratégias de controle efetivas associadas a ações de educação comunitária e monitoramento prioritário dos indivíduos de alto risco, contribuíram para queda substancial da mortalidade em quase todos os países desenvolvidos.

No que se refere a visita domiciliar, considerada um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações. Na visita domiciliar são desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes (Mazza, 2004).

Os grupos de interação promovem um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da autoestima, em que se busca estimular a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida. É um cenário

de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro em uma dinâmica que possibilita falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar para superar resistências à mudança e promover adaptação do estilo de vida à condição de saúde (SILVEIRA, ET al, 2005).

Marca sua diferença do tratamento psicológico grupal por constituir um grupo terapêutico, centrado na tarefa de tomar consciência da necessidade do cuidado e de promover o autocuidado, no qual se busca identificar obstáculos que impedem o encontro de soluções para o processo de adesão ao tratamento. Mas também é um grupo de ensino e de aprendizagem pelo que se “aprende ali no dia-a-dia, cada um ensinando ao outro o que sabe sobre a sua doença, pelas trocas de experiências que enriquecem, previnem iatrogenias, fortalecem as pessoas para os futuros embates” (MELLO FILHO, 2000).

Por fim, é preciso salientar que na prática dos serviços de saúde há o desafio de se promover uma educação em saúde capaz de intervir sobre a problemática da adesão ao tratamento da HAS. A divulgação de diversas experiências locais possibilita aprofundar a discussão sobre as vantagens e limitações das intervenções educativas no contexto da ESF.

6 METODOLOGIA

Cenário do estudo

A intervenção será desenvolvida na Ilha de Cotijuba, município de Belém do Pará, o qual se localiza no litoral. Atualmente, não há dados sobre a população em Cotijuba, já que a ilha a cada ano atrai mais turistas, mas a estimativa é que esteja muito maior do que em 2010, quando segundo a administração local da ilha a estimativa do número de habitantes eram aproximadamente de 5.000 pessoas. A economia dos habitantes da ilha está baseada na pesca (familiar, artesanal e comercial), agricultura de subsistência, o agro extrativismo e mais recentemente as atividades ligadas ao turismo.

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família da Ilha de Cotijuba. A área de abrangência da ESF é responsável pela cobertura de 1008 famílias, cerca de 3724 pessoas, distribuídas em 10 micro áreas, contendo 202 hipertensos cadastrados. A equipe de saúde é composta por 14 profissionais, sendo 1 médicos, 1 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde.

O Programa de hipertensos desenvolvido na ESF de Cotijuba tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes e o atendimento individual ou em grupo mensal.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caso intervencionista, de abordagem qualitativa, realizado na ilha de Cotijuba, município de Belém - PA, no período de junho a dezembro 2016.

Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: Pacientes com diagnóstico médico de hipertensão arterial de ambos os sexos, cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da ESF de Cotijuba, que estejam conscientes, orientados e aceitem a intervenção proposta.

Procedimento de Intervenção

A intervenção será realizada por meio de estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial, através de três ferramentas: oficinas temáticas, grupos de interação e visitas domiciliares.

As oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados na ESF ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. Serão atividades mensais com datas e temas previamente estabelecidos pela equipe, em horários de acordo com a disponibilidade dos hipertensos. O planejamento e a realização das oficinas com o grupo de hipertensos contará com a parceria dos ACS's, medico, enfermeiro e do técnico de enfermagem na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, em linguagem dinâmica e acessível, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Em continuidade ao plano de ação há a proposta de criação do grupo de hipertensos e realização de palestras informativas. As discussões e trocas de experiências vivenciadas ocorrerão após as palestras, e a atividade terá uma periodicidade mensal. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitando a troca de experiências e esclarecimento de duvidas dos usuários, procurando transmitir a informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros dos grupos e durante as palestras.

Também com o objetivo de aumento de adesão ao tratamento medicamentoso, através de uma agenda pré-estabelecida a equipe realizará visitas domiciliares semanais aos pacientes inclusos no projeto de intervenção, com conduta pré estabelecida, levantando as questões relacionadas ao seguimento do tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, de modo que as dúvidas e as dificuldades possam ser detectadas e resolvida.

As consultas médicas e de enfermagem serão realizadas preferencialmente em horário pré-determinado para essa atividade, de acordo com a agenda compartilhada da ESF. O controle da frequência e da regularidade dos pacientes as consultas e a realização de exames complementares, além da análise

da adesão ao tratamentos pelas visitas dos ACS's, será realizado por meio do acompanhamento pelas fichas e prontuários individuais e familiar.

7 CRONOGRAMA

Atividades								
	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN
Elaboração do projeto	X							
Realização de visitas domiciliares		X	X	X	X	X		
Realização De oficinas temáticas		X	X	X	X	X		
Realização dos grupos de interação e trocas de saberes		X	X	X	X	X		
Acompanhamento dos pacientes do projeto através do controles pressóricos em consultas médicas e de enfermagem		X	X	X	X	X		
Avaliação da intervenção							X	
Entrega e apresentação do projeto								X

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização das operações do projeto de intervenção exposto será necessário diversos recursos como:

- Material: Cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial. Esfigmomanômetro e estetoscópio próprios, fitas métricas, balanças, quantidade de fichas para acompanhamento.

- Espaço físicos: As atividades serão realizadas no espaço físico da Estratégia Saúde de Cotijuba, seja na sala de reunião ao espaço aberto que compreende o território da unidade.

- Pessoal: Para realização do projeto contaremos com o apoio de todos os membros da equipe saúde da família de Cotijuba.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Ao fim das ações deste projeto de intervenção, esperamos o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, e como consequência uma melhoria na qualidade de vida de pacientes hipertensos cadastrados na ESF de Cotijuba.

Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes hipertensos e da colaboração dos profissionais de saúde.

Acreditamos que um dos maiores desafios para a equipe de saúde é entender as necessidades de educação à saúde como componente especial e essencial do cuidado, estando relacionada à promoção, manutenção e restauração da saúde. No entanto deve-se buscar maneiras de se inserir na comunidade local, adequando-se para uma melhor comunicação, linguagem e diversidade cultural, procurando assim estabelecer o vínculo de confiança médico-paciente, e a partir de então agir como sujeito de ação em saúde.

Desta forma esperamos com as atividades realizadas, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida.

REFERÊNCIAS

- ARCHANJO, M. D. **Plano de intervenção na assistência prestada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica – PSF** Juvencio Alves Silva. Minas gerais, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4026.pdf> acesso em 05 de junho de 2016.
- BODANESE, L. **Hipertensão arterial: uma revisão sistemática dos fatores de risco na população brasileira**. Brasília, 2015. Disponível em <http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/hipertensaoarterial.pdf> acesso em 05 de junho de 2016.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**/Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- FERREIRA, S. R. G. et al. **Frequência de hipertensão arterial e fatores associados**: Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública. São Paulo, vol. 43. Nov. 2009.
- GOMES, J. I. **Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA**. Bahia, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/especializacao/Juliana%20Invencao%20Gomes.pdf> acesso em 05 de junho de 2016.
- IV Brazilian Guidelines in Arterial Hypertension. Arq Bras Cardiol 2004; 82(suppl 4):7 - 22.
- LYRA JUNIOR, D. P; AMARAL, R. T; VEIGA, E. V; CÁRMIO, E. C; NOGUEIRA, M. S; PELÁ, I. R. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 maio-junho; 14(3):428-34 www.eerp.usp.br/rlae
- MACHADO, D. P. **Projeto de Intervenção para melhoria do controle dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica do programa saúde da família santa helena I, contagem, MG**. Minas Gerais, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4221.pdf> acesso em 05 de junho de 2016.
- MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; MOREIRA, T. R.; SILVA, L. S. **Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial**. Revista de Ciência de saúde coletiva vol.21 n.2. Rio de Janeiro Fev. 2016 disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200611&lang=pt acesso em 05 de junho de 2016.
- MOREIRA, N. F. et al. **Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte**. Revista Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo, vol. 57, n. 7, Out. 2013.

- MURARO, A. P. et al. **Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica auto-referida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008.** Revista de Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.18, n.5, Mai.2013.
- NOBRE, F. et al. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Revista Brasileira de Hipertensão. Rio de Janeiro, vol.17, n.1, Jan/Mar. 2010, 57p.
- PÉRES, D.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2003.
- PIERIN, A. M. G. et al. **Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2011.
- RAMOS, L L. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo na estratégia saúde da família de Sobrália, Minas Gerais.** Minas gerais, 2014. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4321.pdf> acesso em 05 de junho de 2016.
- RIBEIRO, A. G. et al. **Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da Saúde da Família.** Physis. Rio de Janeiro, vol. 21,n. 1, 2011.
- RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S.; RIBEIRO, S. M. R.; DIAS, C. M. G. C.; MITRE, S. M.; MARTINS, M. C. F. N. **Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família.** Revista de Nutrição, vol.25 no.2. Campinas Abril, 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732012000200009> acesso em 05 de junho de 2016.
- ROCHA, A.S. **Projeto de Intervenção Estímulo à Adesão Terapêutica Anti-hipertensiva em uma unidade do programa saúde da família de Beberibe – Ceará.** Fortaleza, 2009.
- TAVARES, D. M. S.; GUIMARÃES, M. O; FERREIRA, P. C. S.; DIAS, F. A.; MARTINS, N. P. F.; RODRIGUES, L. R. **Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos.** Rev. Brasileira de Enfermagem, volume 69 no.1, Brasília Fev. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100134&lang=pt acesso em 05 de junho de 2016.
- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Hipertensão.** Volume 13 – Número 01
- Janeiro / Março – 2010 IV Brasileiro Guidelines in Arterial Hypertension. Arq Bras Cardiol 2004; 82(supl 4):7 -22.

